

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

*Мяделец О.Д., Адаскевич В.П., Грушин В.Н., Мяделец М.О.
УО «Витебский государственный орден Дружбы народов
медицинский университет»*

Красный плоский лишай (КПЛ) считается полиэтиологичным заболеванием, развивающимся в связи с приемом лекарственных препаратов, контактом с химическими аллергенами, в первую очередь, с используемыми в цветной фотографии, инфекциями, в первую очередь, вирусными, неврогенными факторами [1]. Имеются данные о связи этого заболевания с болезнями печени, нарушениями углеводного обмена, аутоиммунными процессами, в первую очередь с системной красной волчанкой. Клинически наряду с типичной формой встречаются редкие и атипичные варианты КПЛ: веррукозный, фолликулярный, атрофический, пемфигоидный, коралловидный, язвенный, вегетирующий, пигментный, уплощенный и др.

Типичная форма КПЛ проявляется высыпаниями мелких блестящих папул полигональной формы, красного цвета, часто с фиолетовым рттенком. В центре папулы обычно обнаруживается пупковидное вдавление. Высыпания локализуются на сгибаемых поверхностях конечностей, туловище, на половых органах, в ротовой полости. Они могут группироваться, формируя картины колец, полуколец, гирлянд, а также располагаться линейно. Шелушение, как правило, незначительное, иногда напоминающее таковое при псориазе. Характерен симптом Уиккема: наличие сетевидного рисунка на поверхности папул, особенно отчетливо выявляющихся при смазывании поверхности кожи подсолнечным маслом. В активной фазе заболевания характерен зуд различной интенсивности. Течение заболевания, как правило, хроническое, острое начало встречается редко. При длительном существовании процесса, в особенности при эрозивно-язвенной и веррукозной формах, возможно развитие рака.

Патоморфологическая картина типичной формы КПЛ заключается в гиперкератозе, неравномерном утолщении зернистого слоя, акантозе, вакуольной дистрофии клеток базального слоя эпидермиса, наличии диффузного полосовидного инфильтрата в веохних участках деомы, прилежащего непосредственно к эпидермису. При этом нижняя граница эпидермиса как бы “размыта” клетками инфильтрата, проникающего в него. Инфильтраты

локализуются также периваскулярно в глубоких участках сетчатого слоя, кровеносные сосуды здесь расширены. Инфильтраты в основном лимфоцитарные, с примесью макрофагов, тучных клеток и меланофоров.

Веррукозная, или гипертрофическая форма КПЛ встречается значительно реже обычной и клинически проявляется наличием на переднебоковых поверхностях голени, реже на кистях и других участках кожи резко очерченных бляшек с бородавчатой поверхностью. Характерен выраженный гиперкератоз, сопровождающийся сильным зудом. Вокруг указанных очагов могут появляться элементы, характерные для обычной формы КПЛ. Для морфологии веррукозной формы характерны выраженный акантоз, парилломатоз, гиперкератоз с массивными роговыми пробками в углублениях измененного эпидермиса, а также избыточное развитие зернистого слоя. Как и при типичной форме, в дерме выявляется лимфоцитарный диффузный полосовидный инфильтрат, "размывающий" нижнюю границу эпидермиса.

Фолликулярная (остроконечная) форма КПЛ характеризуется появлением остроконечных фолликулярных узелков с роговой пробкой на поверхности. На месте узелков в дальнейшем может развиваться атрофия кожи, облысение, в особенности при локализации процесса на голове (синдром Грехема-Литтла-Пиккарди-Лассюэра). Гистологически обнаруживаются резкое расширение устьев волосяных фолликулов, заполненных крупными роговыми пробками, гипергранулез, а также лимфоцитарные инфильтраты вокруг волосяных фолликулов, клетки которых проникают в их эпителиальные влагалища.

Атрофическая форма КПЛ характеризуется развитием атрофии на месте регрессирующих, в основном кольцевидных высыпаний. По краю очагов атрофии наблюдается синюшно-бурый участок инфильтрации. Гистологическая картина характеризуется атрофией эпидермиса со сглаживанием эпителиальных выростов. Гипергранулез и гиперкератоз выражены меньше, чем при типичной форме. Полосовидный инфильтрат встречается редко.

Коралловидная форма наблюдается крайне редко, клинически характеризуется высыпаниями на шее, коже плечевого пояса, груди крупных уплощенных папул, расположенных в виде полос или сети, четок. Гистологически проявляется увеличением в дерме содержания сосудов, вокруг которых обнаруживается крупный лимфогистиоцитарный инфильтрат. Гиперкератоз и гранулез обычно не выражены, но могут иметь место.

Пемфигоидная форма КПЛ встречается наиболее редко, клинически характеризуется развитием везико-буллезных элементов с прозрачным содержимым и выраженным зудом. Эта форма может быть паранеоплазией. При гистологическом исследовании обнаруживается атрофия эпидермиса несмотря на практически постоянные гиперкератоза и гранулеза. В дерме выявляются небольшие париваскулярные инфильтраты из лимфоцитов с примесью макрофагов. Может наблюдаться отслоение эпидермиса с образованием щелей и пузырей [1,2].

В настоящей работе приводится собственное наблюдение больного Л., находившегося на лечении в Витебском ОКВД.

При гистологическом исследовании биоптата кожи выявлено следующее. Роговой слой утолщен, расслоен. Зернистый слой сформирован 2-3 рядами веретеновидных клеток, содержащих в цитоплазме небольшое количество гранул кератогиалина. В шиповатом слое, образованном 8-10 рядами кератиноцитов, большое количество клеток с вакуольной и балонной дистрофией. В одном из участков шиповатый слой утолщен до 20 рядов кератиноцитов. Эпидермис на большем протяжении отслоен от дермы, поэтому значительная часть базальных кератиноцитов повреждена, с обрывками на базальном полюсе. Обнаруживаются большие субэпидермальные пузыри, в которых находится тканевой детрит и отдельные полуразрушенные клетки, некоторые из них напоминают лимфоциты. Сосуды подсосочковой сосудистой сети расширены, с набухшим эндотелием. Вокруг них определяются достаточно плотные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, макрофагов и единичных нейтрофилов. Такие же, но меньших размеров инфильтраты определяются и вокруг глубокой дермальной сосудистой сети.

При окраске по Харту на обнаруживается распад эластических элементов, входящих в состав базальной мембраны, а также эластолиз в сосочковом и сетчатом слоях дермы с образованием небольших шарообразных структур. При окраске по Гейденгайну типичные коллагеновые волокна не выявляются, обнаруживается лишь тонкая сеть нежных окрашенных анилином волокон.

Подобная морфологическая картина соответствует пемфигоидной форме красного плоского лишая.

Выводы. 1. Подобная морфологическая картина соответствует пемфигоидной форме красного плоского лишая.

2. Морфологические исследования могут оказать большую помощь в постановке дифференциального диагноза КПЛ.

Литература:

1. Патология кожи / под ред. В. Н. Мордовцева, Г. М. Цветковой. - М.: Медицина, 1993. - Т. 2. - С. 111-116.
2. Цветкова, Г. М. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи / Г. М. Цветкова, В. Н. Мордовцев. - М.: Медицина, 1986. - 304 с.